STATE OF WASHINGTON

DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES

OLYMPIA , WASHINGTON 98504-0095

FAIR HEARING WITHDRAWAL
RITIRO DI UDIENZA CORRETTA

Data: _____ N. unità assistenziale: _____

Nome: _____ N. di ruolo: _____

Indirizzo: _____
VIA CITTÀ CAP

Con questo documento richiedo che la mia Udienza corretta, programmata per le ore _____ addì
ORA

_____ ,19 _____
MESE E GIORNO

presso _____ sia ritirata perché:
UFFICIO SERVIZI COMUNITARI

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

In caso di domande, La preghiamo di chiamare _____ , Il Suo Coordinatore di Udienza corretta, al numero _____ .

La preghiamo di firmare e rispedire al più presto questa richiesta diritiro nell'acclusa busta preaffrancata

_____
FIRMA DEL CLIENTE

_____
NUMERO DI TELEFONO